

## Pro &amp; Contra

# Die aktuelle Leitliniendebatte kritisch hinterfragt

Medizinische Leitlinien sollen die Therapieentscheidungen von Ärzten unterstützen. Sie sind nicht bindend, berücksichtigen aber auch die ökonomischen Aspekte der Behandlung. Über den Sinn und Unsinn von Leitlinien und deren Auswirkungen im internationalen Vergleich diskutierten Dr. Robert Hämmig, Bern, und Dr. Alfred Uhl, Wien. Das Gespräch moderierte Dr. Thomas Kuhlmann, Bergisch Gladbach.



**Worin liegt die Bedeutung der Leitlinien? Im Transfer von der Wissenschaft in die Versorgungspraxis oder im wechselseitigen Dialog?**

**Dr. Alfred Uhl:** Einleitend stellt sich die Frage, wozu Leitlinien dienen und was sie leisten können. Ich finde, wie einführende Fachbücher und wissenschaftliche Übersichtsarbeiten, können Leitlinien nützliche Instrumente für Praktiker sein, um in ein neues Feld einzusteigen, sich zu orientieren und sich zu informieren. Leitlinien sollten aber ausschließlich als Orientierungshilfen und nicht als „dogmatische Kochbücher“, die auf endgültiges, gut gesichertes wissenschaftliches Wissen rekurrieren, präsentiert werden. Leitlinien sollen das kritische und erfahrungsgestützte Denken in der Praxis unterstützen und anregen und dieses keinesfalls blockieren. Die Gefahr, dass Leitlinien, die mit dem Prädikat „evidenzbasiert“ präsentiert werden, ein überhöhter wissenschaftlicher Geltungsanspruch zugewiesen wird, sollte nicht unterschätzt werden. Relativ gering erscheint mir diese Gefahr in Bereichen, wie in der Pharmakologie, wo primär experimentell geforscht wird – wenngleich auch dort wirtschaftliche Interessen die Ergebnisse zu einem gewissen Grad beeinflussen und methodologisch mangelhafte Interpretationen vorkommen.

Gravierend ist das Problem vor allem dort, wo als Basis für Empfehlungen Interpretationen von Beobachtungsdaten verabsolutierend auf ein Podest gehoben werden. Vielen Praktikern ist das, was seit Jahrzehnten zum Grundwissen von

Wissenschaftstheoretikern und Methodologen gehört, nicht hinreichend bewusst, nämlich dass die Interpretation von nicht-experimentell gewonnenen Beobachtungsdaten zwangsläufig auf implizite Annahmen aufbauen muss, und dass in der empirischen Forschungspraxis oft wichtige ethische Grundentscheidungen, praktische Erfahrung und Intuition verschleiert bzw. ausgeklammert werden. Bedenklich erscheint mir auch der ungebrochene Glaube an Metaanalysen. Oft werden empirische Publikationen anhand von Schlagworten mechanistisch aus Datenbanken gesucht, nach abstrakten Regeln selektiert und abschließend Äpfel und Birnen zu abstrakten Gesamteffekten aggregiert. So werden methodologische Probleme von Einzelstudien systematisch aus dem Blickfeld der Beobachter gerückt. Pointiert könnte man sagen: Was in der Wirtschaftswelt die Geldwäsche ist, ist in der empirischen Forschung die Datenwäsche durch Metaanalysen, wie Jürgen Kriz im Aufsatz „Evidenzbasiertes Entscheiden – zwischen guter Theorie und missbräuchlicher Praxis“ anschaulich belegt.

**Dr. Robert Hämmig:** Was sind Guidelines eigentlich? Sind es Leitlinien oder Richtlinien? Wird man bei ihrem Überschreiten gerichtet oder sind sie eine Orientierungshilfe für die Praxis? In der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin haben wir uns letztlich dafür entschieden, von Empfehlungen zu sprechen. S3-Leitlinien sind sehr ausführlich, ein Praktiker kann den gesamten Text gar nicht mehr lesen. Natürlich wollen die jeweiligen Fachgesellschaften beim eigenen Thema immer möglichst präzise

sein. Und so kommen für ein relativ kleines Gebiet, das zwar in der Praxis vorkommt aber kein großes Gewicht hat, 100–200 Seiten zusammen. Für Praktiker muss der Inhalt aber kurz gefasst sein. Daher haben wir in der Schweiz von den Substitutionsempfehlungen eine Kurzversion veröffentlicht, die sich von der Länge her immer noch an der oberen Grenze bewegt, aber so noch knapp vertretbar ist.

Während meines Studiums war die ärztliche Freiheit noch etwas ganz Wichtiges. Dies ist heute kein Thema mehr, da Off-Label-Verschreibungen nicht von der Kasse bezahlt werden etc. Zudem gibt es für alles Richtlinien und Leitlinien. Wenn man heute etwas Off-Label machen möchte, wird sofort der Drohfinger erhoben. Wer Leitlinien oder Empfehlungen schreibt, muss klar offenlegen, was „evidence-based“ und was „eminence-based“ ist. Reine Beobachtungsstudien haben nicht den Stellenwert einer sauberen, klaren Metaanalyse nach Cochrane-Standards. In den Leitlinien darf es dabei nicht zu einer Vermischung kommen. In der medizinischen Praxis werden aber Dinge gemacht, die in der wissenschaftlichen Literatur schlecht belegt sind, die aber a priori nicht schlecht sein müssen.



**Worin besteht dann der Sinn von Leitlinien für die Praxis? Wo sind die Grenzen?**

**Hämmig:** Innerhalb von 5 Jahren erschienen ca. 10 000 Artikel zur Substitutionsbehandlung. Das ist eine unüberschaubare Informationsflut für Praktiker. Fachgesellschaften sollten aus der Informationsflut eine Synthese ziehen und die Daten aufbereiten – als eine Art Dienstleistung an die Praxis.

**Uhl:** Für mich stellt die wertende Unterscheidung in eminenz- und evidenzbasierter Forschung immer wieder ein Problem dar. Alles, was mit Erfahrung, Intuition und Reflektion zu tun hat, wird mit dieser Begrifflichkeit systematisch abgewertet. Fragwürdige Ad-hoc-Dateninterpretationen, bei denen methodologische Grundlagen und inhaltliche Reflektion oft erheblich zu kurz kommen, werden durch das Prädikat „evidenzbasiert“ hingegen oft ungerechtfertigt aufgewertet. „Evidenzbasiert“ bedeutet ja nicht „präzise experimentell belegt“ sondern, wie

Sackett ausführte, „auf die beste vorhandene Evidenz aufzubauen“, was mitunter recht wenig sein kann.



**Im Jahr 2009 traf sich die Pompidou-Group auf einer Tagung zum Thema „Bridging the Gap between evidence-based Medicine und evidence-based Practice“. Was hat sich aus der Perspektive der Forschung und der Praxis in den vergangenen 5 Jahren getan?**

**Uhl:** Die Kluft zwischen Forschung und Praxis ist nicht kleiner geworden, aber die Lage, sowohl der universitären, als auch der außeruniversitären Forschung verschlechtert sich meiner Einschätzung nach kontinuierlich. Grundlagenforschung und systematische Forschung sind nur noch in wenigen „think tanks“, primär an Unis, möglich. Diese sind aber immer mehr auf Drittmittelprojekte angewiesen, wobei im Sinne der Wirtschaftlichkeit meist die kostengünstigsten Angebote den Zuschlag erhalten. Maßnahmen zur Qualitätssicherung – in Wissenschaft und Praxis – erhöhen den bürokratischen Aufwand solange, bis die eigentliche Arbeit nur mehr rudimentär möglich ist. Ich gewinne zusehends den Eindruck, dass sich das Wort „Qualitätssicherung“ von „Qual“ ableitet, nämlich für jene Personen, deren Leistung gesichert werden soll und die darunter leiden, dass mehr Qualitätssicherung oft zwangsläufig weniger Leistung ermöglicht. Um im aktuellen System überleben zu können, müssen Forscher zu jenen Themen, die gerade finanziert werden, unabhängig davon, ob das ihre Kompetenzfelder betrifft, rasch Angebote machen und rasch Ergebnisse produzieren. Langfristig an Themen zu arbeiten, sinnvolle Zusammenhänge herzustellen, Ergebnisse kritisch zu hinterfragen und auch zuzugeben, dass man etwas nicht oder noch nicht weiß, ist in diesem Kontext oft existenzbedrohend.

Wenn Forscher, um ihren Job zu behalten, Aufgaben übernehmen müssen, die streng genommen so gar nicht möglich sind, entsteht ein Machbarkeitsmythos, der alle nötigt mitzuspielen. Es ist wie beim Märchen „Rumpelstilzchen“. Da muss eine Müllerstochter aus Stroh Gold spinnen, weil ihr Vater versprochen hat, dass sie dazu in der Lage ist. Der zauberkundige Zwerg „Rumpelstilzchen“ spinnt das

Gold für sie und macht so das Unmögliche möglich. Infolge des wuchernden Machbarkeitsmythos in der Wissenschaft müssen auch Forscher zusehends unmögliche Aufgaben annehmen. Während die Königstochter im Märchen für den Fall des Scheiterns mit dem Tod bedroht war, können Forscher allerdings das „Stroh“ unbehelligt abgeben, weil jene, die das Produkt beurteilen, entweder im gleichen Glashaus sitzen und selbst Strohändler sind oder, nicht vom Fach kommend, Stroh nicht von Gold unterscheiden können. Gegen diese Entwicklung sollten Wissenschaftler akkordiert auftreten.



**Und was bedeutet dies für die Versorgungspraxis?**

**Hämmig:** Im dem angesprochenen Zeitraum von 5 Jahren habe ich ein kontinuierliches Auseinanderdriften von Forschung und Praxis beobachtet. Es wird mehr und mehr im Detail geforscht. Dabei ist es so wie bei der Heisenbergschen Unschärferelation: Je genauer man hinschaut, umso komplizierter wird es und umso weniger versteht man. In der Neurobiologie stimmen die einfachen Modelle bei genauer Betrachtung im Suchtbereich nicht. Komplizierte Modelle jedoch scheinen für die Praxis untauglich.

Es wird auch immer schwieriger, Studiergebnisse in Fachzeitschriften zu publizieren, weil bereits mit dem Editorial Board vom Verlag viele Weichen gestellt werden, was publiziert wird. Doch nach wie vor gilt überall „publish or perish“, und für die akademische Karriere ist es unabdingbar, dass man möglichst viel publiziert. Die Qualität misst sich dabei am Impact Faktor der jeweiligen Zeitschrift und nicht an der Innovation der Publikation. Deshalb können Forschungsergebnisse gar nicht mehr soviel Einfluss auf die Praxis haben.



**Wie würden Sie die aktuelle Leitlinienentwicklung beurteilen, z. B. die Diskussion über die S3-Leitlinie zum Qualifizierten Entzug in Deutschland?**

**Hämmig:** Auf den ersten Blick sind es ellenlange Texte und schlussendlich hat einer der Autoren noch versucht, sein Spe-

zialprogramm mit einzubringen. In der Schweiz haben wir jetzt Substitutionsempfehlungen auf Niveau S2 („S2k“ und „S2e“) erarbeitet. Das genügt. Eine S3-Version würde derart ins Geld gehen, dass die Kosten-Nutzen-Analyse in keiner Relation mehr steht. Gemessen an den aufgewendeten Arbeitsstunden werden schon mit der S2-Leitlinie Unmengen an Geld ausgegeben. Dabei ist eine Leitlinie ein Produkt, das verfällt wie der Joghurt im Kühlschrank. Es muss daher schon vorher gut überlegt werden, wieviel man investiert. Letztlich finde ich S3 einen teuren Anspruch und zu hoch gegriffen für irgendeinen Nutzen für die Praxis.



**Die zunehmende Unübersichtlichkeit darüber, was publiziert wird, zeigt sich auch darin, wie Leitlinien formuliert werden: unglaublich ausführlich. Welche Anforderungen sind an die Entwicklung von Leitlinien und an deren praktische Umsetzung im Versorgungsalltag künftig zu stellen?**

**Hämmig:** Wenn es einen Impact haben soll: „Keep it simple, keep it sexy!“ Seitenlange Bleiwüsten mit Paragraphenreiterei sind uninteressant und werden nicht gelesen. Wenn Leitlinien für die Praxis etwas bringen sollen, dann muss der Text einfach und ansprechend sein. Auch wenn sie sich nur kurz damit beschäftigen, sollten Praktiker schon einen Nutzen daraus ziehen.

**Uhl:** Dem kann ich mich nur anschließen: Empfehlungen sollten unbedingt kurz sein. Was niemand liest, ist nutzlos. Ich möchte noch einmal auf die zuvor angesprochene Interaktion zwischen Praxis und Forschung zurückkommen. Sinnvolle Forschung kann nur im Dialog zwischen Praxis und Forschung entstehen – ich denke an etwas wie eine kontrollierte und kritisch analysierende Praxis. Damit das verstärkt möglich wird, muss mehr Raum für Diskussion und Reflexion geschaffen werden. Tatsächlich nimmt dieser Raum aber laufend ab. Die Forschungsrealität zwingt zusehends zu rasch geplanten, isolierten Einzelstudien und zum Verschleiern von auftretenden Problemen. Hier ist gravierendes Umdenken wünschenswert.

**Hämmig:** Zu diesem Thema kann ich nur auf das Buch „Das postmoderne Wissen“ von Jean-François Lyotard hinweisen. Er

legt sehr schön dar, dass die Forschung immer einen Finanzierungs-Bias hat. Wo ist Geld vorhanden? Was sind die populären Themen? Dort wird Forschung finanzierbar. Ich denke, wofür man sich heutzutage einsetzen und wofür man kämpfen müsste, wäre die ärztliche Freiheit. Vor einiger Zeit habe ich die Berner-Methode entwickelt, die Umstellung/der Übergang von Heroin auf Buprenorphin. Diese Methode wird mit gutem Erfolg weitverbreitet angewendet und hat für die Praxis etwas gebracht, obwohl sie nicht evidenzbasiert ist und es keine doppelblinde, randomisierte, prospektive Studie dazu gibt. Aber im Leben gibt es ja so einiges, bei dem man keine randomisierten Studien braucht, z.B. die Wirkung von Fallschirmen. Die Erkenntnis, dass man beim Sprung aus einem Flugzeug besser einen Fallschirm tragen sollte, hat sich ohne Studie durchgesetzt. Ein anderes Beispiel: Vor ein paar Jahren habe ich untersucht, wie der Heroinentzug in den Kliniken der Schweiz durchgeführt wird. Sämtliche Behandlungszentren setzten niederpotente Neuroleptika ein. In der wissenschaftlichen Literatur findet man hierzu aber keine Artikel, die Neuroleptika als nützliche Maßnahme im Heroinentzug belegen.

**?** Was kann überhaupt erforscht werden und mit welcher Situation muss in der Praxis umgegangen werden, auch wenn dort nichts mit randomisierten Studien gemacht werden kann?

**Uhl:** Einer meiner Forschungsschwerpunkte, wo das Schlagwort „evidenzbasiert“ besonders häufig bemüht wird, ist die Alkoholpolitik. Vieles, was dort als „evidenzbasierte Politik“ gefordert wird, hält meiner Einschätzung nach einer kritischen methodologischen Analyse nicht stand. Tatsächlich geht es oft nicht um die rationale Interpretation von Forschungsergebnissen, die Unsicherheiten und Probleme explizit zum Gegenstand machen müsste, sondern um Rationalisierung von vorgegebenen Positionen, die sich aus traditionellen ethischen Grundhaltungen ableiten. Solange der Mythos der „Evidenzbasiertheit“ in solchen Feldern weitgehend unwidersprochen aufrechterhalten wird, gibt es für Auftraggeber wenig Veranlassung, langwierige Forschungsprojekte mit tatsächlichem Realitätsbezug ins Auge zu fassen. Dabei würde gera-

de eine Forschungsstrategie, die die kritische Interaktion zwischen Anwendung und Forschung verstärkt fördert, als sinnvolles Fundament für Richtlinien taugen.

**Hämmig:** Was ist erwünschte und was unerwünschte Forschung? Es gibt Abermillionen von Menschen auf diesem Erdball, die Spaß daran haben, Cannabis zu rauchen. Glaubt man der Wissenschaft, dann macht Cannabis schizophren, was kein Spaß wäre. Das Gleiche gilt beim Alkohol. In der wissenschaftlichen Literatur führt der Alkoholkonsum zu Krankheit, Siechtum und Tod – und trotzdem ist es üblich, Spaß daran zu haben, sich ein bisschen zu intoxikieren. Diese Diskrepanzen gibt es, und die muss man auch beachten. Darum finde ich auch, dass man die Bedeutung des Begriffs „evidenzbasiert“ nicht überbewerten sollte. Er sagt nämlich genau das aus, was er aussagen kann und nicht mehr.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

#### Zur Person



**Dr. Alfred Uhl** ist Dipl.-Psychologe und seit 1976 als Suchtforscher tätig. Seine aktuellen Forschungsschwerpunkte sind Epidemiologie, Prävention, Evaluation und Forschungsmethodologie. Zurzeit leitet er den Bereich Suchtforschung und Dokumentation des Anton-Proksch-Instituts in Wien und ist Lehrbeauftragter für Statistik an der Wiener Sigmund Freud Privatuniversität.



**Dr. med. Robert Hämmig**, Psychiater und Psychotherapeut FMH, ist seit 1984 in der ambulanten Drogenarbeit tätig und maßgeblich an der Entwicklung von Injektionsräumen und der heroingestützten Behandlung beteiligt. Heute ist er als Leitender Arzt mit Schwerpunkt Sucht der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bern tätig und seit 2000 Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin.

#### Für Sie notiert

## 1. Alternativer Sucht- und Drogenbericht

Warum erscheint neben dem jährlich von der Drogenbeauftragten herausgegebenen Sucht- und Drogenbericht die von akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, der Deutschen AIDS-Hilfe und JES herausgegebene Alternative? Dieses Format erscheint sinnvoll, da der Bericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zentrale Fragen der Drogenpolitik, der Drogenhilfepraxis und -möglichkeiten unbeantwortet lässt, z.B. Fragen nach

- ▶ kurz-, mittel- und langfristigen Zielen der Drogenpolitik und wie diese innerhalb von Aktionsprogrammen umsetzbar und kontrollierbar wären,
- ▶ dem Erfolg und der Angemessenheit der Drogenkontrolle mit Mitteln des Strafrechts,
- ▶ den Auswirkungen der gegenwärtigen Form der Drogenkontrolle bzw. „Kontrollversuche“ auf die Drogengebraucher, deren soziales Umfeld und die Glaubwürdigkeit eines Gesundheits- und Strafrechtspolitikfeldes an sich,
- ▶ den Auswirkungen der (Teil-)Prohibition auf die Drogenhilfe und deren konkreten Arbeitsmöglichkeiten, und danach, inwiefern das Drogenverbot die Arbeit an den Folgen der Sucht verhindert, zumal stattdessen stetig die drogenpolitikinduzierten Probleme der Klientel bearbeitet werden müssen und
- ▶ nach den angemessenen Schritten der Politik gegen legale Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamente sowie nicht-stoffgebundenen Risiken – die Interessen der Anbieter auf der einen, die der Nutzer auf der anderen Seite.

Die Beiträge in diesem alternativen Sucht- und Drogenbericht (zu lesen unter [www.akzept.org](http://www.akzept.org)) verdeutlichen, dass viele der Kernforderungen der Fachverbände, Drogenhilfeträger und Expertinnen und Experten nach verbesserter Zielgenauigkeit der Drogenpolitik nicht nur unerfüllt, sondern sogar von der Tagesordnung der Drogenpolitik verschwunden sind: Die Lücke zwischen dem Wissen über das, was drogenpolitisch wirkt und dem, was tatsächlich umgesetzt worden ist, erscheint immer größer.

*Prof. Heino Stöver, Frankfurt a.M.*